

## **TRANSPLANTATION RÉNALE (SECONDAIRE À UNE INSUFFISANCE RÉNALE TERMINALE)**

### **1. Pathologie**

L'étiologie d'une insuffisance rénale terminale nécessitant une transplantation devra être bien documentée et confirmée par le chirurgien-urologue et le néphrologue. Bien que rares chez les athlètes de haut niveau, des cas de transplantation rénale chez de tels individus ont été signalés.

### **2. Diagnostic**

- Le diagnostic d'une insuffisance rénale terminale devra être accompagné d'une anamnèse appropriée et documentée du déclin de la fonction rénale confirmé par un néphrologue.
- Un rapport opératoire détaillé par le chirurgien-urologue devra impérativement être présenté.
- Le document devra contenir la description du déclin de la fonction rénale ainsi que les preuves que les critères justifiant la transplantation rénale sont satisfaits. L'information peut être fournie par le médecin traitant et validée par un néphrologue.

### **3. Bonnes pratiques médicales**

Dans le cadre de la prise en charge postopératoire des patients greffés, il est possible qu'un traitement combiné faisant appel aux substances interdites suivantes soit nécessaire :

1. Glucocorticoïdes (GC)
2. Bêtabloquants
3. Diurétiques
4. Érythropoïétine (EPO) ou agents stimulant l'érythropoïèse (ESA sous différentes formes, comme la CERA et les dérivés pégylés)

5. Inhibiteurs de la prolyl hydroxylase du facteur inductible par l'hypoxie (HIF), des agents à prise orale (GSK 1278863 et FG 2216) qui exercent une régulation positive de la transcription du gène de l'EPO, stimulant ainsi la production endogène de cette hormone. Ces molécules font présentement l'objet d'études cliniques de phases II et III.

#### **4. Voie d'administration**

Tous les médicaments doivent être administrés par voie orale à l'exception de l'érythropoïétine, laquelle est administrée par injections intraveineuse ou sous-cutanée.

#### **5. Fréquence d'administration**

Doses quotidiennes de GC (de 5 à 10 mg/jour en traitement d'entretien), bêtabloquants, diurétiques et EPO conformément aux recommandations en vigueur (voir références). En ce qui concerne l'EPO, les recommandations actuelles visent un taux d'hémoglobine de 120 g/L.

#### **6. Durée recommandée du traitement**

Le traitement durera pour la vie du patient. Une révision annuelle par le néphrologue est recommandée.

#### **7. Autres traitements alternatifs non interdits**

Après une transplantation rénale, il n'existe pas de traitement adéquat faisant appel à des substances non interdites.

#### **8. Conséquences pour la santé en cas de suspension du traitement**

Dès le moment où les critères justifiant une transplantation sont satisfaits, l'omission d'administrer le traitement prescrit, qu'il s'agisse d'agents immunosuppresseurs (GC) ou cardiovasculaires (dont les bêtabloquants), aurait des conséquences très défavorables pour la fonction du rein greffé de même que pour la santé générale du patient.

La plupart des patients greffés du rein développeront une hypertension artérielle secondaire à la néphropathie chronique. Non traitée, cette hypertension semble avoir des effets délétères sur la survie du greffon à long terme et du patient lui-même. Par conséquent, le recours à un traitement antihypertenseur, y compris par des diurétiques, est essentiel lorsque l'état du patient le justifie.

Dans les cas confirmés de rejet modéré, il pourrait être nécessaire d'augmenter la dose d'EPO en raison d'une baisse de la production de l'hormone. Le traitement par EPO est indiqué conformément aux lignes directrices en vigueur pour la prise en charge de l'anémie associée à la néphropathie chronique.

## **9. Surveillance du traitement**

Des évaluations régulières de la fonction rénale et de la tension artérielle sont réalisées à la discrétion du néphrologue. Les paramètres hématologiques et biochimiques du patient sont également évalués périodiquement, et les valeurs consignées sont rapidement accessibles pour permettre de déceler tout changement imprévu.

## **10. Validité de l'AUT et processus de révision recommandé**

Le traitement durera toute la vie, en fonction de l'état clinique; un bilan annuel est raisonnable. Tout changement apporté au schéma thérapeutique faisant appel à des substances interdites devra être soigneusement documenté et approuvé par le néphrologue; ce changement constituera la base d'une révision de l'AUT.

Lors de la révision annuelle, les sportifs sous EPO devraient se soumettre à des analyses sanguines rendant compte des taux d'hémoglobine et d'hématocrite ainsi que de la numération des globules rouges et des réticulocytes. Les valeurs associées à ces paramètres devront être fournies pour les 12 mois précédents afin de pouvoir déceler tout changement imprévu.

La validité recommandée d'une AUT pour un sportif ayant subi une transplantation rénale est de dix (10) ans, avec évaluation annuelle afin de reconfirmer le bien-fondé du traitement, comme décrit précédemment.

## 11. Précautions adéquates

La transplantation rénale chez un sportif de haut niveau n'est pas chose courante. Néanmoins, quelques cas récents ont été largement décrits ; il est donc essentiel que des recommandations précises soient appliquées rigoureusement.

## 12. Références

2003 European Society of Hypertension- European Society of Cardiology New Guidelines for treatment of Hypertension *J Hypertens* 2003 Jun; 21(6):1011-53.

KDOQI clinical practice guidelines for chronic kidney disease: Evaluation, classification, and stratification. Kidney Disease Outcome Quality Initiative. *Am J Kidney Dis* 39:S1-S266;2002 (suppl 2).

Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL Jr, Jones DW, Materson BJ, Oparil S, Wright JT Jr, Roccella EJ: The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: The JNC 7 report. *JAMA* 289:2560-2572;2003.

Drueke TB, Parfrey PS. Summary of the KDIGO guideline on anemia and comment: reading between the (guide) line (s). *Kidney International* 2012;82:952-960.

Gupta N, Wish JB. Hypoxia-Inducible Factor Prolyl Hydroxylase Inhibitors: A Potential New Treatment for Anemia in Patients With CKD. *Am J Kidney Dis* 2017 Jun;69(6):815-26.

Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Anemia Work Group. KDIGO Clinical Practice Guideline for Anemia in Chronic Kidney Disease. *Kidney International Suppl.* 2012;2:279-335.